



استمارة تفويض استخدام معجون الأسنان (معجون أسنان تم إحضاره من المنزل)

يجب أن يوقع أحد الوالدين على استمارة تفويض استخدام معجون الأسنان إذا تم:

- استخدام معجون أسنان يحتوي على الفلورايد للأطفال الأكبر من سنتين
- استخدام معجون أسنان لا يحتوي على الفلورايد بغض النظر عن العمر

يجب أيضًا توقيع هذه الاستمارة من قبل طبيب الأسنان أو مقدم الرعاية الصحية في حالة استخدام معجون أسنان يحتوي على الفلورايد (ADA) للأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين مع الأسنان، على النحو الموصى به من قبل جمعية طب الأسنان الأمريكية.

اسم الطفل:	تاريخ الميلاد والعمر:
اسم معجون الاسنان:	
مكونات النشطة:	تاريخ انتهاء الصلاحية:
تاريخ البدء:	تاريخ التوقف: (أحد 12 شهرًا بعد "تاريخ البدء")
الاعراض الجانبية المحتملة:	
تعليمات خاصة:	

انا أسمح باستخدام معجون الأسنان اعلاه لطفلي

التاريخ

توقيع الوالد/ولي الأمر

* التاريخ

توقيع مقدم الرعاية الصحية
(مطلوب فقط للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 2 سنوات. باستخدام معجون الأسنان بالفلورايد)

سبب اعطاء العلاج:	لازالة جير الأسنان / الطعام من الأسنان ومنع تسوس الأسنان
الطريقة:	موضعي
الكمية الواجب اعطاءها:	<ul style="list-style-type: none"> • كمية بحجم حبة الأرز -لعمر 2-3 سنوات • كمية بحجم حبة البازلاء -لعمر 3-6 سنوات
الأوقات الواجب تطبيقها:	* حسب توصيات جمعية طب الأسنان الأمريكية American Dental Association
الخزن:	مرة واحدة يوميا درجة حرارة الغرفة